

そして今後この体験を生かしてひとりでも多く社会復帰できるよう微力をそそいでいきたいと考えている。

精神障害者が、地域の日常生活のそのもののなかでこそ、本当の人間性が回復してくることを理解できたことは大きな収穫であった。

4. 一般外科病棟で小児の心臓手術患者を受け持つて

高知県立中央病院 黒 岩 康（12回卒）

1. はじめに

私達の外科病棟で心臓外科患者を取り扱うようになって8年になります。いまだにICUも開設されず、一般外科と混合で看護にあたらなければならないという現状であります。小児は小児外科扱いになっておりますので中学生以上が、私達の受け持つ対象となります。が今回、7才女児の症例を看護する機会を得、反省させられる点が多く、ここに報告いたします。

2. 患者紹介

- 〇崎〇子 昭和43年8月19日生7才女児
- 病名 心室中隔欠損症
- 家庭の状況 農業中流家庭の第2子（5才上の兄）
- 性格 素直で温和しい
- 生育歴及び入院までの経過

妊娠中母胎特に異常なし、生下時体重3.800gで自然分娩。順調に発育し、日常生活特に変りなし。既応症としては風邪をひく程度、3才の時、風邪のため近医受診、心雑音を指適されるが放置。S. 49年5月、保育園の検診で再び心雑音指摘され、当院小児科受診。心肥大もあり、年に2回、EKGをとり、経過観察中であつた。日常生活制限なし。

S50年8月、定期検診にてEKGをとり、外科的精査の必要ありとされ、心臓カテーテル検査を受けた。その結果、心室中隔欠損症と診断され、Open Heart と決定された。チアノーゼ、呼吸困難なし。日常生活異常なし。薬物食物アレルギーなし。

3. 術前の看護計画

(1) 看護目標

- 1) 一般状態の観察
- 2) 術前オリエンテーションをすみやかに行う。

3) 感染予防

(2) 看護の実際

1) 術前検査

入院と同時に無理のいかぬよう、抜かりないようにスケジュールを組み、検査を行う。
この患児の入院より3週間前に開心術を受けた同年の女兒が入院中でありました。(M子とします。)私達看護婦は、常にM子と比較して患児を判断するようになっていました。M子は母親の付き添いで入院しており、術前検査で相当私達をとまどわせました。母親が割合呑気で検査の時間を誤ったり、服薬をぬかしたりしたことも手伝っていましたが、M子自身も何か検査をするたびに、一騒動おこしてからでなければならず、小児を扱ったことの少ない我々を悩ませました。M子は自分に関わりの有無によらず、見るもの聞くもの何でも知識欲旺盛に質問をし、同室の患者に少々うるさかれる程おしゃべりで、おませであった。

本症例の患児は、術前には若い叔母が付き添っており、大きな声をたてるわけでもなく、はにかみやさんで、温和しい子であった。静脈血の採血、動脈血の採血でさえも泣き声を出さず、じっと我慢している辛棒強い子でした。自然にM子と比較判断する様になっていた私達に与えた印象は、M子とは全然違っている、温和しい子、辛棒強い、いわゆるいい子でした。

2) 入院生活指導

術前3日前より、フーセン等で深呼吸の練習、咳の練習、ネブライザーを施行したが、成入並に問題なくやってのけました。

感染予防のため、規則正しい生活、行動範囲の制限、面会人の制限を指導し指示の抗生物質他の内服薬の服用させた。

3) 家族及び患者指導

当院では開心術と決定された時点で(心臓カテーテル検査後)血液の確保について指導徹底されている。RH(+)B型新鮮血2000CC確保できた。

術後最低48時間は、家族の付き添いはできず、面会のみであること、一般の面会謝絶、枕頭看護が行われること、O₂テント収容等について説明、指導した。入院当初は叔母に付き添われていたし、母親に対する依存心が特に強いとは認められなかった。家族と離されるといっても、そうなのなら次方がないといった淡々とした様子で納得した。

ICUが設立されていない為、我々が術直後から患者のCareにあたっているが、ICUに入れるよりは、術前から関わりのある者がCareすることは、精神的に安定するのではないかと、自己満足ともいえるなぐさめの気持ちをこの時期にいつもいただくもので

者をひとりにしたのです。枕頭看護とはいいながら、氷をとりに行ったり、薬品をとりに行ったり、点滴ボトルを代えに行ったりして、患者をひとりにすることがいくらかもあつた。詰所のモニターで異常に気付く病室に行くと、心のう内、縦隔内に挿入されていたドレーンを抜き、血を流しながらベッドの横に立っていました。この時ほど枕頭看護という意味と責任とが我々看護婦に重くのしかかってきたことはありませんでした。縫合してあるドレーンが狂人のわずかの間に自分で抜くなどということは考えられなかったが、実際に抜かれてしまったのです。患者は抜いた瞬間を全く記憶していないということです。今まで何年も何事も起こらなかったという油断とこの子は我慢強いいい子だから、しっかりしているから大丈夫という安易な気持ちが看護する者の心を占めていたのが、この様な事態をひきおこしたのです。7才の小児が、健気に耐えるということは、そのしわよせが、どこかに抑積されているはずだったのです。わずか10日余りの関り会いで、家族とはなされた心細さ、さみしさをいやせるはずがなかったのです。子供を母親から離してしまうのはやはり不自然です。

ICUなら考えられないことだろうが、外科病棟で心臓手術患者、特に小児を取り扱う場合は、清潔、感染予防を考えた上で家族の入室がある程度必要ではないかという結論になった。以後食事時には母親に手洗いをさせた上で入室してもらった

ドレーン抜去により、再手術も心配されたが、胸部のX P撮影、ジグタリゼーション、止血剤の与薬がされ経過をみた。X P所見、EKG収見、BP、P、R、CVPに著変なく、幸いにも再手術には致らなかった。

3) 術後2日目

この日に日中に睡った。後で話すのに、ドレーンを抜いたため、医師、看護婦の出入がはげしく無意識のうちにやってしまったとはいえ心配で昨夕はねむれなかったとのことでした。睡眠を得た後は、今までより色々とおしゃべりをする様になりました。

輸液はずっと60u/hで調整した。夜半より睡眠中もR35以上、P120以上、体温37.8℃、BD100/70となり、30分毎の観察が続けられた。

留置バルンカテーテルは、術後30時間で、抜去した。ベッド上で自尿がなく、導尿を4回行った。ベッド上で自尿ない為、心カラをつけたまま、ポータブルトイレを使用し、やっと排尿ができる様になった。医師は病室の外へ、看護婦はカーテンの外にいれば排できなかった。この子は精神的に大人だなと思わせる面が、こんなところにもあった。

4) 術後3日目

R40、P120以上、BD106/76、CVP190といった状態が続いた。排便、排ガスあるも、腹痛あり。尿量は前日1170ccと良好、胸部X P、腹部X Pの結果、胸腔穿刺を行い260cc胸水をとる。胸腔穿刺後呼吸は比較的落ちつく。

す。

4. 術後の経過及び看護計画

(1) 看護目標

- 1) 一般状態の観察、異常の早期発見につとめる。
- 2) 苦痛、不安の除去
- 3) 感染予防

(2) 看護の実際

1) 帰室～15時間後

帰室時BD106/64、P. 132、R. 30四肢冷感—口唇、爪にチアノーゼ(+)、疼痛(+)、麻酔よりほぼ覚醒した状態であった。直ちにO₂ テント(温度25℃、湿度90%以上、濃度40%内)に収容、CVP測定、ハートスコープ装着、吸引管は余分なたるみをつくらぬ様に固定し低圧持続吸引器に接続。バルンカテーテル解放を行った。

BP. P. 呼吸は15分毎に測定。尿量、持続吸引量、輸液量のチェックは1時間毎に行う。Pは4時間後には110、Rも30までと落ち着いていたが、BPは110/86と脈圧少なくCVP180であった。術後10時間ではP100、R25となるが、脈圧20以下、尿量も1時間毎に1600、CVP215と心拍量低下が認められた。術後15時間の尿量31800、輸液75000持続吸引量16000であった。

M子は1晩中大声で泣きわめき、四肢の抑制をしてもなお、医師と看護婦と2人以上に1瞬たりとも目を離せる状態ではなかった。本患児は、温和しくて泣きもせず、じっと我慢している様子でした。呼吸をつめて痛そうにしているのに、尋ねても仲々痛いとは言わぬ辛棒強い子であった。M子とは違ういい子だという印象を強くした。

術前の練習通り、深呼吸、ネブライザー、喀痰 喀出も上手にやってのけた。15時間後に母親に面会させた。淡々としていて、母親が再び出室しても恋しがる風にはなかった。

2) 術後1日目

CVP190 P100前後、R26、BD100/82、脈圧の少ないのが気がかりだが、尿量も1時間6000と増量してきて、一般状態ますます順調であった。持続吸引量も1時間に500程度で著明な出血増はなかった。創痛、呼吸困難チアノーゼ、四肢冷感、胸内苦悶、不整脈もなく意識状態も良好であった。

本患児は何かか思慮深い大人の様な面があり、術当夜もぐっする眠っていなかったのに子供らしく、たわいなく睡むるという風なところがなかった。日中はずっと覚醒していた。夕方になり「やっと睡っているから」と看護婦が起こさずに部屋を出た。つまり7才の患

5) 術後5日目

R 2 7、P 1 1 0まで、B P 1 0 4 / 6 0と落ち着いていた様に見えたが、5日目になり、R 4 2、P 1 3 0、B P 1 1 0 / 7 0となる。心カテもつまり気味でC V Pの測定が正確にできず、心カテの入れ替えが行われた。胸部X P、腹部X P、動脈血ガス分析、血清蛋白、血清無機、検血の検査が行われた。再び胸腔穿刺がされ1 5 0 c c 排液あり。プラスマネートが開始される。

この日よりベッド上で自尿あり。

5日目までB P、R、Pの3 0分毎の観察記録、輸液1時間毎にチェック、O₂ テントの管理に留意した。

6) 術後7日目

右胸腔穿刺が行われ、低圧持続吸引器に接続した。この持続吸引は術後1 2日目まで続けられた。左胸腔穿刺は1 0 c c のみの排液であった。心カテから、プラスマネート、イスポール の輸液が行われた。カテーテルは術後1 2日目に抜去された。O₂ テントは6日目より、終日の収容ではなかったが、9日目まで使用された。右胸腔持続吸引、心カテよりの輸液が行われる期間ずっと1時間毎の観察を行った。

5. 終 り に

5 2床常時満床、看護婦2 1名の外科病棟で、I、C、U、を持たずに心臓手術の管理にあたるのは、看護者にとっても、心臓手術を受ける患者にとっても、他の一般外科患者にとっても大問題だと思います。しかし、私達は酷しいこの様な現実のもとで看護にあたっています。I、C、Uがあれば使わなくてもよい労力は費しているかもしれませんが、看護の質そのものは、決して低下しているとは思っていません。

本症例においてドレーン自己抜去という思いもよらぬ事態は、私達が小児の取り扱いに不慣れであり、先例のM子と比較して表面的にのみ子供を理解できていなかったことと、大手術後の正常でない身体精神状態におかれていることを充分には理解できていなかったこと、酷しい条件のもとで看護にあたっていることが、大きな因子として考えられると思います。今まで何にも起こらなかったからという安易な考えが心の底に占められていたことをきびしくつけつけられました。

術後の経過も長く、看護力を要しました私達の管理下において、患者の生命を危険にさらすことは、どの様に酷しい条件の下にあっても、それはただの言い訳にもなりはしないという看護の原点というか責任の重さを再認識させられましたので、報告した次第です。